

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTE DE MEDECINE

N° 16

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE PATHOGÉNIQUE ET THÉRAPEUTIQUE

DE LA

MOLE HYDATIFORME

MOLE HYDATIFORME.

ET

DÉGÉNÉRESCENCE KYSTIQUE DES OVAIRES

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 22 Décembre 1921

PAR

Paul BORIE

Né à Marseille, le 31 juillet 1894

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs
de la Thèse

FORGUE, professeur, *Président*.
VALLOIS, professeur.
DELMAS, agrégé.
ETIENNE, agrégé.

Assesseurs

MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

RUE FERDINAND-FABRE ET QUAI DU VERDANSON

1921

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE PATHOGÉNIQUE ET THÉRAPEUTIQUE
DE LA
MOLE HYDATIFORME
MOLE HYDATIFORME
ET
DÉGÉNÉRESCENCE KYSTIQUE DES OVAIRES

UNIVERSITE DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MEDECINE

N° 16

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE PATHOGÉNIQUE ET THÉRAPEUTIQUE

DE LA

MOLE HYDATIFORME

MOLE HYDATIFORME

ET

DÉGÉNÉRESCENCE KYSTIQUE DES OVAIRES

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 22 Décembre 1921

PAR

Paul BORIE

Né à Marseille, le 31 juillet 1894

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs
de la Thèse

FORGUE, professeur, *Président.*
VALLOIS, professeur.
DELMAS, agrégé.
ETIENNE, agrégé.

Assesseurs

MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

RUE FERDINAND-FABRE ET QUAI DU VERDANSON

1921



PERSONNEL DE LA FACULTE

Professeurs

Anatomie	}	MM. GILIS.
Histologie		VIALLETON.
Physiologie	}	GRYNFELTT
Physique médicale		HEDON.
Chimie biologique et médicale	}	N...
Botanique et histoire naturelle médicales		DERRIEN, <i>doyen</i>
Anatomie pathologique	}	GRANEL.
Microbiologie		MASSABUAU.
Pathologie et thérapeutique générales	}	LISBONNE
Pathologie interne		BOSC.
Thérapeutique et matière médicale	}	VIRES.
Hygiène		BERTIN-SANS (H.)
Médecine légale et toxicologie	}	N...
Clinique médicale		DUCAMP.
Clinique chirurgicale	}	VEDEL.
Clinique obstétricale		TEDENAT.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	}	FORGUE, <i>assesseur.</i>
Clinique ophtalmologique		VALLOIS.
Clinique des maladies des enfants	}	MAIRET.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie		TRUC.
Clinique gynécologique	}	N...
Clinique d'oto-rhino-laryngologie		ESTOR.
Clinique des maladies des voies urinaires	}	DE ROUVILLE
		MOURET
		JEANBRAU.

Honorariat

Doyens honoraires: MM. VIALLETON et MAIRET.

Professeurs honoraires: MM. E. BERTIN-SANS, RODET et IMBERT

Secrétaires honoraires: MM. GOT et IZARD

Chargés de Cours complémentaires

Anatomie	}	GRYNFELTT.
Clinique propédeutique de chirurgie		MM. RICHE.
Clinique propédeutique de médecine	}	RIMBAUD.
Clinique des maladies des vieillards		EUZIERE.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées	}	MARGAROT
Médecine opératoire		SOUBEYRAN
Pathologie chirurgicale	}	ETIENNE.
Accouchements		DELMAS (P.).
Pharmacologie	}	GALAVIELLE.
Matière médicale		CABANNES
Stomatologie	}	D ^r WATON.
Histologie		D ^r . GRANEL F.

Agrégés en exercice

Médecine ...	{	MM. LEENHARDT.	Chirurgie	{	MM. RICHE.
		GAUSSEL.			ETIENNE.
Anatomie	{	EUZIERE.	Accouchements	{	LAPEYRE.
		RIMBAUD.			DELMAS (P.)
Chimie	{	MARGAROT.	Histoire natur.	{	GALAVIELLE
		DELMAS (J.)			CABANNES
		MESTREZAT	Physique		PECH.

Examineurs de la thèse:

MM. FORGUE, prof., <i>président.</i>		MM. DELMAS, agrégé.
VALLOIS, professeur.		ETIENNE, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MON ONCLE ET A MA TANTE

A MA FIANCÉE

A MON MAÎTRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR ODDO

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE A L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE MARSEILLE

MEIS ET AMICIS

P. BORIE.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR FORGUE

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

A MON JURY DE THÈSE

P. BORIE.

CONTRIBUTION A L'ETUDE PATHOGENIQUE ET THERAPEUTIQUE

DE LA

MOLE HYDATIFORME

MOLE HYDATIFORME

ET

DÉGÉNÉRESCENCE KYSTIQUE DES OVAIRES

INTRODUCTION

La môle hydatiforme, encore connue sous le nom de môle vésiculaire, dégénérescence kystique du placenta, est une tumeur le plus souvent bénigne, bien définie au point de vue anatomo-pathologique et clinique.

Au contraire, la pathogénie en est encore fort obscure et les théories les plus diverses ont été émises pour tenter d'expliquer cette évolution si particulière des villosités chorales, qui donne au placenta l'aspect des kystes multiloculaires, suivant l'expression de Brindeau.

Parmi ces diverses théories, que nous passerons en revue, une paraît avoir dans ces derniers temps attiré l'attention des auteurs qui se sont appliqués à l'étude de la môle. C'est celle qui envisage les rapports de la môle et des lésions ovariennes.

La coexistence de la dégénérescence ovarienne avec la môle a amené certains auteurs à cette conclusion que la dégénérescence si spéciale du chorion pourrait bien être sous la dépendance de la dégénérescence ovarienne.

Mais pour Lorient (*Thèse de Montpellier*, 1920), c'est la môle qui est la cause de la transformation kystique des ovaires, lorsque cette transformation kystique est représentée par des kystes lutéiniques. Ce qui semblerait donner raison à Lorient, c'est la régression de ces kystes après expulsion de la môle.

En somme, nous avons les deux faces de la question :

1° La dégénérescence ovarienne commande-t-elle la dégénérescence choriale ?

2° La dégénérescence choriale commande-t-elle les lésions ovariennes ?

Entre ces questions en apparence si opposées la liaison peut être faite, à condition de ne pas vouloir rendre trop exclusive la théorie pathogénique qui, pour expliquer certains faits ne saurait prétendre les expliquer tous. Il est incontestable que, dans certains cas, les ovaires présentent uniquement des kystes lutéiniques, analogues à ceux de la grossesse, régressant après expulsion de la môle, comme ils régressent après expulsion du fœtus. Il est possible que, dans la môle cette transformation lutéinique soit plus accusée que dans la grossesse normale et rien ne s'oppose à accepter les opinions de Lorient sur ce point.

Mais, d'autre part, il est non moins incontestable que souvent, avec une môle, on trouve des kystes ovariens (non lutéiniques), fortement développés, bilatéraux, ayant en quelque sorte détruit la substance noble de l'ovaire et non susceptibles de régresser après expulsion de la tumeur molaire, au développement de laquelle ils ont peut-être contribué dans une large mesure.

C'est à l'étude de cette théorie pathogénique que nous consacrerons la première partie de ce travail.

Dans la deuxième partie, nous ferons une étude de la thérapeutique de la môle et nous verrons que des interventions radicales (hystérectomie) peuvent être nécessaires.

Nous reproduirons à l'appui des idées soutenues dans cette thèse, une observation recueillie dans le service de M. le professeur Forgue.

CHAPITRE PREMIER

LES THÉORIES PATHOGÉNIQUES DE LA MOLE HYDATIFORME

Ces théories sont très nombreuses. La plupart n'ont aucune valeur, si ce n'est celle d'appartenir à l'histoire d'une affection essentiellement rare.

A.— *Théorie pathogénique faisant de la môle hydatiforme une tumeur indépendante de la grossesse*

Cette théorie est actuellement insoutenable. Il est acquis de façon irréfutable que la môle est une transformation spéciale des villosités choriales, par conséquent en rapport avec la grossesse.

Signalons donc seulement pour mémoire l'assimilation de la môle à des vésicules hydatiques et passons à la deuxième catégorie de théories pathogéniques qui recherchent la cause de la tumeur dans des éléments dépendants de la grossesse.

B. — *Théories pathogéniques rattachant la môle hydatiforme à la grossesse*

1° *La môle est une grossesse dégénérée* résultant d'un affaiblissement du sperme en quantité ou en qualité, ou d'une altération des sécrétions maternelles.

Cette théorie fort ancienne ne mérite pas de nous arrêter, au moins en ce qui concerne la première proposition relative à l'affaiblissement du sperme en quantité ou en qualité. Mais il convient de retenir l'altération possible des sécrétions maternelles en donnant à cette proposition un sens qui réponde à nos connaissances actuelles sur le rôle de l'ovaire en tant que glande à sécrétion interne.

2° *La môle est constituée par des œufs non fécondés.* La présence d'embryons dans certaines môles suffit à faire rejeter cette théorie sur laquelle nous ne nous appesantissons pas davantage.

3° *La môle est une maladie de la caduque,* théorie insoutenable depuis qu'à la lumière de l'anatomie pathologique il est démontré que la môle est une dégénérescence des villosités chorales. On ne peut accepter davantage que c'est une maladie de l'amnios, comme l'ont soutenu certains auteurs.

4° Il est donc acquis que la lésion atteint les villosités chorales. Mais quelle est cette lésion et qu'elle en est le *primum movens*?

Pour Cayla c'est une hydropisie.

Pour Virchow et les auteurs actuels, c'est une lésion épithéliale, une dégénérescence épithéliale spéciale des villosités chorales, dont les caractères ont été admirablement précisés, qui sont maintenant bien connus et que nous négligeons de décrire de propos délibéré.

Mais le problème demeure irrésolu lorsqu'il s'agit de déterminer quel est le *primum movens* de cette dégénérescence. La solution est d'autant plus ardue que la môle est une affection plus rare et que seuls doivent être retenus les cas dans lesquels il a été possible de faire un examen complet de l'appareil génital, car c'est sans doute de ce côté-là que les recherches doivent être effectuées.

Ce primum movens existe-t-il dans l'utérus où se développe l'œuf? Existe-t-il dans une lésion spéciale des ovaires dont le corps jaune de la grossesse intervient pour régler certains actes de la nidation et du développement de l'œuf? Voilà le problème à résoudre.

LE DÉVELOPPEMENT DE LA MOLE HYDATIFORME EST-IL SOUS LA DÉPENDANCE DE LÉSIONS UTÉRINES?

C'est peu probable. Les lésions de la muqueuse utérine, l'endométrite surtout, sont très fréquentes, mais on ne les voit signalées nulle part, comme étant plus accentuées lorsque se développe une môle. De même la coexistence de myomes et de môle ne saurait expliquer la dégénérescence du chorion.

Dès lors c'est incontestablement vers les lésions ovariennes qu'il faut diriger les investigations.

LE DÉVELOPPEMENT DE LA MOLE HYDATIFORME EST-IL SOUS LA DÉPENDANCE DE LÉSIONS OVARIENNES?

On connaît le rôle important de l'ovaire dans le développement de l'œuf fécondé et on sait que le corps jaune règle certains actes qui suivent la fécondation en particulier la nidation. Sans doute faut-il faire intervenir ici le système nerveux sympathique si important au niveau de l'appareil utéro-ovarien.

Quoi d'étonnant alors qu'avec des ovaires dégénérés ces actes si minutieusement réglés qui commandent l'évolution de l'œuf, soient troublés, et qu'il en résulte dans certains cas l'apparition d'une môle?

La coexistence de la dégénérescence ovarienne et de la môle a été étudiée par de nombreux auteurs. Cottalorda vient de reprendre récemment cette étude, à la suite de

Loriot dont la thèse inspirée par Guérin-Valmale signale la quasi constance de la coïncidence des kystes lutéiniques avec la môle hydatiforme.

« Il est acquis, dit Cottalorda, que les môles hydatiformes et les chorio-épithéliomes se compliquent de kystes lutéiniques bilatéraux des ovaires dans la proportion de 59 p. 100 des cas pour la môle et de 9,4 p. 100 des cas pour le chorio-épithéliome.

» Ces kystes lutéiniques sont de toute évidence liés par leur étiologie et leur évolution à l'étiologie et à l'évolution des môles et des chorio-épithéliomes.

» Nous admettons avec Pouget et Guérin-Valmale qu'ils sont les témoins de la mise en action et du développement de la sécrétion interne de l'ovaire par l'hyperintoxication massive accompagnant la môle hydatiforme ».

Pour Loriot, la dégénérescence kystique lutéinique des ovaires — macroscopique ou microscopique — est la règle en cas de môle hydatiforme.

« Elle est due à la réaction générale de l'organisme, en particulier à celle démesurée de l'ovaire vis-à-vis des poisons provenant de l'œuf molaire ».

En somme, c'est l'œuf molaire qui commande la dégénérescence lutéinique.

Cependant Gui signale avec une môle, de simples kystes mucoïdes. L'observation que nous rapportons est aussi un cas de môle avec kystes bilatéraux des ovaires, multiloculaires, mucoïdes, *sans éléments lutéiniques*.

Dès lors, les conclusions de Cottalorda et Loriot sont-elles encore applicables ici? Ne convient-il pas au contraire de renverser l'ordre des facteurs. Que la dégénérescence lutéinique soit commandée par la môle, il n'y a rien là que de très logiquement possible, mais par contre, il ne nous paraît pas illogique de supposer que, lorsqu'il

s'agit de dégénérescence non lutéinique celle-ci peut commander ou tout au moins favoriser la transformation molaire de l'œuf.

Le corps jaune malade, dans ces ovaires dégénérés ne peut plus commander les actes qui suivent la fécondation. La nidation et la formation du placenta ne sont plus réglées comme normalement et dès lors la multiplication cellulaire des éléments du chorion va se faire de façon désordonnée.

En somme, nous arrivons à une conception pathogénique qui peut ainsi se formuler :

La dégénérescence kystique simple des ovaires entraîne des troubles dans les actes qui suivent la fécondation, elle favorise du même coup l'apparition de la môle. La môle dépend des lésions ovariennes. Mais cette théorie n'exclut point les idées connues aujourd'hui de l'influence de la môle sur les ovaires suivant les conclusions de Lorient et de Cottalorda.

En outre, il convient d'insister sur la bilatéralité des lésions ovariennes. C'est là une notion qui nous paraît de toute importance pour appuyer la théorie pathogénique à laquelle nous nous rallions. Il s'agit d'une *dégénérescence ovarienne totale*. Il n'y a plus de tissu ovarien normal et un tel fait peut rendre encore mieux compte du dérèglement qu'entraîne dans le développement de l'œuf, la transformation kystique qui est signalée dans notre observation.

CHAPITRE II

LA THÉRAPEUTIQUE DE LA MOLE HYDATIFORME

Cette thérapeutique comporte divers procédés, suivant qu'on est appelé avant l'expulsion de la môle ou au moment de l'expulsion.

« Quand la môle est diagnostiquée, il faut immédiatement provoquer l'avortement » (Brindeau).

Dans les cas plus fréquents où la môle est seulement diagnostiquée au moment de l'expulsion, on pourra employer :

- a) Le curage digital;
- b) Le curettage à la curette mousse;
- c) L'hystérectomie.

Il convient de poser avec soin les indications de ces interventions.

Le curage digital et le curettage à la curette mousse constituent pour ainsi dire l'acte opératoire nécessaire qui suit l'expulsion d'une môle. Il est prudent en effet de vider l'utérus aussi complètement que possible des débris qu'il contient, de façon à arrêter l'hémorragie si fréquente, et à supprimer tout vestige de tumeur qui pourrait être le point de départ d'une transformation maligne en chorio-épithéliome.

Si l'exploration de l'utérus montre qu'il s'agit d'une môle disséquante, il faut pratiquer l'hystérectomie. L'accord est parfait sur ce point.

Mais à côté des indications tirées de l'état de l'utérus lui-même et de la nature histologique de la tumeur (môle ou chorio-épithéliome), certains cas peuvent se présenter dans lesquels l'hystérectomie s'impose en dépit de la nature histologiquement bénigne de la môle.

Cette nécessité s'impose dans deux circonstances :

1° En présence d'hémorragies menaçant la vie de la malade ;

2° En présence de lésions ovariennes accusées.

1° *Hystérectomie pour hémorragies menaçant la vie de la malade.* — Une môle a été expulsée. Le curage ou le curetage soignés ont été pratiqués suivant les règles. L'hémorragie continue, abondante. L'anémie s'accuse de plus en plus. L'état de la malade devient inquiétant. Il ne faut pas hésiter, *l'hystérectomie s'impose*. C'est la conduite qui fut suivie dans le cas rapporté ici — à la fin de ce travail. — L'hémorragie fut profuse à la suite du curetage. Son abondance fut telle qu'on jugea prudent d'arrêter cette petite opération et qu'on eut recours le lendemain à l'opération radicale, à laquelle d'ailleurs il eut fallu recourir plus tard étant donné l'état des ovaires.

2° *Hystérectomie pour môle hydatiforme avec lésions ovariennes.* — « Quand à côté d'une môle, on constate la présence de kystes ovariens, il est prudent de ne pas se contenter de vider l'utérus. Il semble indiqué de pratiquer l'hystérectomie, la possibilité d'une môle envahissante étant particulièrement à craindre.

» Quand, après l'évacuation d'une môle, on constate que des kystes ovariens continuent à se développer et, à plus

forte raison; quand on les voit apparaître, on doit craindre la végétation, dans la paroi utérine, d'éléments molaïres.

» Cette signification des kystes ovariens se fait naturellement plus pressante encore quand les hémorragies utérines persistent. Elle commande une intervention rapide qui, alors même que les incidents opératoires ne l'indiquent pas, doit entraîner l'exérèse de l'utérus » (Bar).

Ces données de Bar méritent d'être retenues. En dehors de toute question de nature histologique des kystes ovariens, il semble admis aujourd'hui qu'ils ont une signification pronostique assez nette, au point de vue de la transformation en chorio-épithéliome, de la môle hydatiforme.

« Sans nous préoccuper de savoir si la lésion ovarienne est primitive et causale ou secondaire et produit d'une suractivité cellulaire produite par le développement extrême des cellules de Langhans, nous pouvons, en nous référant aux statistiques, remarquer que les môles liées étroitement à des lésions ovariennes sont précoces, plus fréquemment généralisées, ordinairement vides d'embryons et à lésions épithéliales des plus désordonnées et des plus exubérantes » (Bar).

Il y aurait, comme le dit Cottalorda, dans la présence de ces kystes ovariens, un signe précoce de dégénérescence maligne de la môle hydatiforme.

Il ne faut pas oublier cependant que selon Lorient les kystes lutéïques même volumineux, régressent après l'évacuation molaire.

« Pendant le post partum molaire, les complications locales se rencontrent, notamment la torsion du pédicule, et commandent alors l'intervention. En l'absence de complications locales, ovariennes ou utérines, on se bornera à

l'expectative en surveillant la marche de la régression kystique.

» Si cette régression s'opère la femme devra être soumise malgré cela à une observation régulière et prolongée, l'évolution chorio-épithéliomateuse pouvant être redoutée à plus ou moins longue échéance.

» Si elle ne s'opère pas ou à plus forte raison si le volume des ovaires augmente, il faudra redouter l'évolution d'une transformation maligne intra-utérine, auquel cas ce serait l'hystérectomie totale qui se trouverait indiquée » (Loriot).

Ces diverses considérations nous paraissent en effet très sages. Il faut exercer une surveillance active, redouter le chorio-épithéliome et savoir poser à temps l'indication d'une opération radicale.

EN RÉSUMÉ, à la suite d'expulsion d'une môle il faut vider complètement l'utérus. Si aucune complication (hémorragie surtout) ne survient et en présence d'ovaires peu volumineux, on se tiendra dans l'expectative armée; si une hémorragie abondante, récidivante, suit le curage ou le curettage, on pratiquera l'hystérectomie. On la pratiquera aussi lorsque les ovaires ne régresseront pas ou augmenteront de volume.

OBSERVATION

R. U..., 24 ans, entre d'urgence dans le service de clinique de M. le professeur Forgue, le 23 juin 1921. Sans antécédents ni personnels ni héréditaires, la malade est amenée pour avortement molaire.

Le 10 mars dernier, les règles normales apparaissent et durent quatre jours comme d'habitude, peu abondantes, sans caillots. Bientôt surviennent des signes de grossesse (malaises, arrêt des règles). L'état général reste d'ailleurs excellent.

Le 10 mai, écoulement par la vulve de liquide rougeâtre. C'est un écoulement continu, ne prenant pas le caractère d'une hémorragie véritable. Pas d'expulsion de membranes. Cet écoulement ne coïncide avec aucun traumatisme et la malade accuse seulement une émotion.

Avec cet écoulement apparaissent des nausées et des vomissements après les repas. Pas de température, état général bon, pas de signes de réaction péritonéale, mais douleurs intermittentes, peu intenses, dans les deux fosses iliaques.

Bientôt perte de l'appétit.

En dépit de ces troubles, la malade se lève, marche, fait son ménage, cependant que l'écoulement continue par la vulve et elle ne se résout à un repos de quinze jours au lit, que sur l'ordre formel de son médecin.

Brusquement, dans la nuit du 21 au 22 juin, hémorragie abondante avec des caillots. Pas de membranes. Cinq heures après, expulsion d'une môle hydatiforme (vérifiée par le médecin traitant). Le volume de cette môle était celui d'une tête d'adulte. De nombreuses vésicules ont été expulsées par la suite.

Un curage digital et une injection intra-utérine sous anesthésie ont été pratiqués. Mais l'utérus n'involue pas et les pertes de sang continuent.

Le 23 juin, jour d'entrée à l'hôpital, le toucher révèle un col mou, ouvert, dans lequel le doigt pénètre facilement. On sent des masses saignantes, molles. L'utérus affleure l'ombilic, est dur et mobile. Le doigt ramène des vésicules.

On ordonne le repos et des injections, et on surveille l'involution utérine.

Le 26, l'état étant stationnaire, on essaye un curetage prudent à la curette de Wallich. Mais au premier coup de curette un flot de sang abondant, presque en jet, s'échappe de l'utérus. On juge bon de ne pas insister et on tamponne.

La malade est laissée en observation jusqu'au 2 juillet. A ce moment, l'état de l'utérus étant toujours stationnaire et les pertes provoquant une anémie de plus en plus marquée, on décide de pratiquer l'hystérectomie.

L'opération a lieu sous rachianesthésie à la syncaïne Clin à 8 p. 100 (0,12 cgr.). Hystérectomie subtotale classique suivant la méthode habituelle du professeur F'orgue.

Suites parfaites.

L'examen des pièces est particulièrement intéressant et instructif.

L'utérus n'a pas involué depuis l'arrivée de la malade, Il mesure en hauteur 16 centimètres et en largeur 12 centimètres. Les deux ovaires ont subi une dégénérescence

kystique totale. L'ovaire polykystique droit mesure 9 centimètres sur 6. Celui-ci s'est tordu de 180°.

L'utérus est resté dans son ensemble très mou. On incise sur le grand axe médian antérieur. La paroi a une épaisseur de 4 centimètres. Elle est très vasculaire.

La muqueuse paraît saine, dans toute la région gauche. Mais dans la région sous-angulaire droite, on observe un véritable petit gâteau ovale, situé mi-partie sur la face postérieure et mi-partie sur la face antérieure d'une hauteur de 5 centimètres sur une largeur de 4 centimètres. Il paraît en saillie sur la surface muqueuse d'à peu près 3 à 4 millimètres. Il n'est pas seulement accolé à la paroi muqueuse, il est infiltré.

L'examen microscopique a montré au niveau du fragment prélevé des lésions inflammatoires banales, sans trace de chorioépithéliome (surtout vascularité et dilatation des espaces lymphatiques).

Les ovaires présentent une dégénérescence kystique totale. Kystes multiloculaires à contenu gélatineux, sans trace de paroi lutéinique.

Il convient de noter dans cette observation :

1° *Les lésions ovariennes*, si étendues, bilatérales, à l'exclusion de toute autre lésion de l'appareil génital. Ces lésions nous permettent d'apporter une contribution nouvelle à la théorie pathogénique qui place le primum movens de la môle sous la dépendance de l'appareil ovarien;

2° L'abondance de l'hémorragie a indiqué l'intervention radicale, en dehors des lésions ovariennes, et malgré la nature histologiquement bénigne de la tumeur.

CONCLUSIONS

I. — A côté des kystes lutéiniques ovariens qui se rencontrent fréquemment avec la môle hydatiforme, on peut trouver une dégénérescence kystique simple des ovaires.

II. — Cette dégénérescence kystique, totale, bilatérale nous paraît pouvoir être une des causes du développement de la môle hydatiforme.

III. — Le traitement de la môle expulsée consiste en :

- a) Curage digital;
- b) Curettage;
- c) Hystérectomie.

Chacune de ces interventions ayant des indications tirées de l'état général et local (lésions ovariennes ou transformation maligne de la môle).

Mais l'hystérectomie pourra être commandée par l'abondance de l'hémorragie mettant la vie de la malade en danger.

IV. — En présence d'une môle, avec ovaires volumineux, on devra surveiller la régression de ces organes. En cas de non régression ou d'augmentation de volume, on pratiquera l'hystérectomie.

BIBLIOGRAPHIE

- ALBERTIN. — Môle hydatiforme. *Lyon Médical*, 1908, CX, p. 836.
- ANDÉRODIAS. — Vomissements graves dans un cas d'utérus gravide contenant une môle hydatiforme. C. R. Société d'obst. et de gyn. Bordeaux, juin 1919.
- BALLERINI. — Involuzione di cistomi di luteinici molari seguite da gravidanza. *Annali di ostetricia et di ginecologia*, n° 4, 1912.
- BAR. — La môle vésiculaire. *Rev. gén. de clin. et de thérap.*, 1910, XXIV, p. 17.
- Signification clinique des kystes lutéiniques des ovaires se développant après l'évacuation d'une môle hydatiforme. *Arch. mens. d'obst. et de gyn.*, 1916, p. 49.
- BÉGOUIN et ANDÉRODIAS. — Môle hydatiforme avec hypertrophie kystique simulant une hématocele avec kyste de l'ovaire. *Bull. Soc. d'obst. et de gyn. de Paris*, janvier 1914, III, p. 116.
- BRIQUEL. — Tumeurs du placenta et tumeurs placentaires. Thèse de Nancy, 1903.
- BUIST. — Hydatiform mole. *Long island medical journal*, Brooklyn, 1907, I, p. 317.
- CALDERINI (de Bologne). — Possibilité de relation entre la môle vésiculaire et la dégénérescence kystique

- des ovaires. *Ann. gynécologie*, juillet-août 1900, p. 129.
- Congrès international, section de gyn. et d'obst. de Paris, 1905.
- Contribution à l'étude de la dégénérescence kystique de l'ovaire associée à la môle vésiculaire. *Revue mens. de gyn., d'obst. et de pédiatrie*, n° 6, juin 1914, p. 386.
- CHASSY. — Contribution à l'étude de la môle hydatiforme. Th. Montpellier, 1899-1900.
- COMMANDEUR. — Un cas de résorption spontanée totale d'un kyste ovarien coïncidant avec une môle hydatiforme. Réunion obstétricale et gynécolog. de Lyon, février 1920.
- COTTALORDA. — *Gyn. et Obst.*, 1921, n° 2, t. IV.
- COVENTRY. — Kystes lutéiniques et môle hydatiforme. *J. of the Amer. medical Association*, 3 juillet 1920, p. 56.
- CURTIS et OUL. — Contribution à l'étude de la môle disséquante ou pénétrante. *Ann. de gyn. et d'obstétr.*, juin 1913, p. 321 et 398.
- CZYBORRA. — Ovarialtumor im Anschluss an Blasemôle. *Monat. f. Geb. u. Gyn*, Berlin, 1913, XXXVIII, p. 355.
- DAVARIS. — Môle hydatiforme et dégénérescence kystique des ovaires. Thèse Paris, 1915.
- DELMAS (J. et P.). — Deux cas de môle hydatiforme. Réunion obstétricale et gynécologique de Montpellier, 7 février 1912.
- DE VERNEJOL et BERTHIER. — Sur deux cas de môle hydatiforme avec kystes ovariens bilatéraux. *Marseille médical*, n° 2, 1921, p. 79.
- DUPONT. — Contribution à l'étude de l'ovarite scléro-kystique. Th. Paris, 1909.

- DURANTE. — Contribution à l'étude du processus histologique et de la pathogénie de la môle hydatiforme. *Bull. Soc. d'obst.*, Paris, 1907, p. 244.
- FISCH. — Considérations sur l'anatomie pathologique des kystes lutéiniques associés à la môle hydatiforme. Th. Paris, 1919-1920.
- FISCHER. — Chorion-epithliom und Luteincysten. *Deutsc. Mediz. Woch.*, 26 janvier 1905.
- FORGUE et MASSABUAU. — L'ovaire à petits kystes. *Rev. de gyn. et de chir. abdominale*, 1910, t. XIV, p. 97, 209, 305.
- FRAENKEL (L.). — Ovarialtumoren und Blasenmole. *Arch. f. Gyn.*, 1904, LXVIII.
- FRANK. — The pathology of hydatid mole and chorion epithelioma and their relation to normal pregnancy. *The americ. jour. of obst. and diseases of women and children*, sept. 1911, n° 43.
- GILLES et GRIMOUD. — Dégénérescence kystique de l'ovaire après grossesse molaire. *Soc. d'obstétr. de Toulouse*, 6 déc. 1910.
- GOULLÉOUD. — Tuméfaction kystique des ovaires de la môle hydatiforme. *Lyon médical*, 1906, I, p. 1247.
- GUÉRIN-VALMALE et SILHOL. — Sur un cas de môle hydatiforme avec kystes ovariens et chorio-épithéliome. *Soc. de chir. de Marseille*, mars 1921.
- HAYEM et COTTALORDA. — Môle hydatiforme avec kyste de l'ovaire bilatéral. *Soc. de chir. de Marseille*, 21 février 1921.
- JEMTEL. — Tumeur kystique de l'ovaire et môle hydatiforme. *L'année médicale de Caen*, juin 1920.
- KREBS. — Chorionepitheliom und ovarialtumor. *Central. f. Gyn.*, 1903, n° 44, p. 1297.

- KREUTZMANN. — Cystic degeneration of the chorion ville with coincident tumor of both ovaries. *Amer. j. of obst.*, juin 1898.
- LANZA. — Mola hydatiforme y degeneracion guistica de los ovarios. *Semana med.*, Buenos-Aires, 1918, p. 217, XXV.
- LONDON. — Hydatiform mole with lutein cysts of both ovaries. *Australas med. gaz.*, Sydney, 1914, p. 431. XXXV. ,
- LIVADAS. — De la coexistence de la môle hydatiforme et de la dégénérescence kystique des ovaires.
- LORiot. — Thèse Montpellier, 1921.
- MALCOLM et BELL. — A case of hydatiforme mole with bilateral cystic disease of the ovaries. *Journ. of obst. and gyn. of the Bristish Empire*, 1903.
- OLDFIELD. — Hydatid mole with bilateral ovarian cysts and toxemia. *Med. Press, London*, CIX, p. 98.
- OUL. — Môle vésiculaire et kyste des ovaires. *Rev. obst. et gyn.*, Lille, février 1914.
- Ouvry. — Etude de la môle hydatiforme. Th. Paris, 1896-1897.
- PENKERT. — Contribution à l'étude des corrélations entre la môle hydatiforme et les altérations kystiques des ovaires « latein pseudo-kystome ». *Wirschow's Archiv. fur path. Anatomie*, 1920.
- POTOCKI. — Môle hydatiforme et kystes lutéiniques de l'ovaire. Soc. d'obst. et gyn., Paris, 12 juillet 1920.
- POUGET. — Lésions kystiques des ovaires au cours de la môle hydatiforme. Th. Toulouse, 1912.
- ROUBAUDI. — Contribution à l'étude de la môle hydatiforme. Th. Montpellier, 1900-01.
- RUNGE. — Ueber die Veranderungen des ovarien bei synchythialen tumoren und bei Blasenmole. *Arch. f. Gyn.*, 1903, LIX, p. 33.

- SANTI (Emilio), — Zur Rückbildung der Luteincystome noch Blasenmole. *Zeitschr. f. Geb. u. Gyn.*, Stuttgart, 1910, p. 667, XVII.
- Mola vesicolare. *Ginecologia*, 1909, p. 304.
- STOECKEL. — Ueber die cystische degeneration der ovarien bei Blasenmole zugleich in Beitrag zur Histogenese der Luteinzellen. *Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, 1902.
- THOMAS. — Tumeurs de l'ovaire et môle hydatiforme. Th. Lille, 1920.
- VIANA. — Mola infiltrante con albuminuria et degenerazione cistica delle ovarie. *Ginecologia*, 1911, VIII, p. 33.
- WINEBERG. — Hidatid mole; its relation to chorion epithelioma and cystic degeneration of the ovaries. *The americ. journ. of obst. and diseases of women and children*, 1911, p. 149.
- WALLART. — Des altérations de l'ovaire dans la môle hydatiforme et dans les grossesses normales. *Zeit. f. Geb. u. Gyn.*, 1904, LIII.
- WIENER. — Polycystic lutein degeneration. *Am. jour. of obst.*, 1907, p. 165.
-

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!

En ma qualité de Censeur de tour,
j'ai lu la Thèse ayant pour titre :
*Contribution à l'étude Pathogénique et
Thérapeutique de la Mole Hydatiforme.
Mole Hydatiforme et dégénérescence
kystique des ovaires* par M. Paul BORIE.

Je pense que la Faculté peut en
permettre l'impression.

Montpellier, le 14 décembre 1921.

Le Professeur,

FORGUE.

Vu :

Montpellier, le 14 décembre 1921.

Le Doyen :

E. DERRIEN.

Vu et permis d'imprimer.

Montpellier, le 14 décembre 1921

Le Recteur.

Jules COULET.

